



Heikkinen Heidi

ADHD-oireisen lapsen tukeminen varhaiskasvatuksessa

Kandidaatin tutkielma
KASVATUSTIETEIDEN TIEDEKUNTA
Varhaiskasvatus
2020

Oulun yliopisto

Kasvatustieteiden tiedekunta

ADHD-oireisen lapsen tukeminen varhaiskasvatuksessa (Heidi Heikkinen)

Kandidaatin tutkielma, 35 sivua

Huhtikuu 2020

Tämän kandidaatin tutkielman tarkoituksena on selvittää, miten ADHD-oireista lasta voidaan tukea varhaiskasvatuksessa. Tavoitteena on lisätä tietämystä aiheesta selvittämällä, millä käytännönläheisillä keinoilla lasta on mahdollista tukea päiväkodin kontekstissa ja mihin osa-alueisiin tuki on tarkoituksenmukaista kohdentaa. On merkittävää tehdä tutkimusta aiheesta, sillä lapsilla, joilla on todettu ADHD varhaiskasvatusiässä, on tutkittu olevan suurempi riski myöhempään akateemiseen alisuoriutumiseen ja oppimisvaikeuksiin koulussa. Näin ollen varhaisen tuen merkitys korostuu, sillä ajoissa annettu ja oikein kohdennettu tuki edistää lapsen oppimista, kehitystä ja hyvinvointia sekä vähentää vaikeuksien syntymistä ja laajentumista. Tutkielma on toteutettu kuvailevana kirjallisuuskatsauksena, sillä tutkimuskohteena ovat aiemmat tutkimukset ja tarkoituksena on luoda laaja-alaista kuvaa tutkittavasta ilmiöstä.

ADHD on aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö, johon kuuluvat pitkäaikaiset ja toimintakykyä haittaavat keskittymisen, aktiivisuuden säätelyn ja impulssien hillinnän haasteet. Sen taustalla on laajojen hermoverkostojen häiriö, jossa keskittymistä ja vireystilaa säätelevien järjestelmien toiminta on heikentynyt. Varhaiskasvatuksikäisillä ADHD:ta hoidetaan pääsääntöisesti psykososiaalisilla hoitomuodoilla, joihin myös varhaiskasvatuksessa annettava tuki lukeutuu. Varhaiskasvatuksessa annettavan tuen sisältö voi koostua pedagogisista, rakenteellisista ja hyvinvointia tukevista muista järjestelyistä. Tutkimuksessani keskityn selvittämään pedagogisia tuen keinoja.

Tutkimusaineiston perusteella ilmeni, että ADHD-oireinen lapsi tarvitsee tukea erityisesti itsesäätelytaidoissa, toiminnanohjauksessa sekä tarkkaavuuden ylläpidossa. Liikunta ja fyysinen aktiivisuus näyttäisivät parantavan suoriutumista näillä kaikilla osa-alueilla. Muut tutkimuksessa ilmi tulevat käytännön tukemisen keinot liittyvät oppimisympäristön muokkaamiseen, lapselle annettavaan palautteeseen ja ohjaukseen sekä aikuisen tukeen sosiaalisissa vuorovaikutustilanteissa. Aineistossa korostui myös myönteisen vuorovaikutuksen ja vahvuuksien tunnistamisen merkitys yhtenä tukemisen elementtinä.

Avainsanat: ADHD, varhaiskasvatus, tukimenetelmät

SISÄLTÖ

1	JOHDANTO	4
2	TUTKIMUKSEN TOTEUTUS	6
3	AKTIIVISUUDEN JA TARKKAAVUUDEN HÄIRIÖ ADHD	8
3.1	Määritelmän historiallinen kehitys	9
3.2	Diagnosointi.....	10
3.2.1	ICD-10	10
3.2.2	DSM-5	12
3.3	ADHD:n hoito	12
4	LAPSEN KEHITYKSEN JA OPPIMISEN TUKI VARHAISKASVATUKSESSA JA ESIOPETUKSESSA	14
4.1	Yleiset tukimuodot varhaiskasvatuksessa.....	14
4.2	Kolmiportainen tuki	15
5	ADHD-OIREISEN LAPSEN TUKEMINEN VARHAISKASVATUKSESSA.....	17
5.1	Itsesäätelytaitojen harjoittaminen.....	18
5.2	Toiminnanohjauksen tukeminen	20
5.3	Tarkkaavuuden ongelmien huomioiminen.....	22
5.4	Myönteinen vuorovaikutus ja vahvuuksien tunnistaminen.....	24
6	POHDINTA	27
	LÄHTEET	29

1 JOHDANTO

Päädyin valitsemaan tutkimusaiheekseni ADHD-oireisen lapsen tukemisen varhaiskasvatuksen arjessa, sillä olen kiinnostunut erityispedagogiikasta ja halusin valita aiheen, johon perehtymisen koen vahvistavan ammatillista identiteettiäni ja osaamistani. Pedagogisten harjoitteluiden aikana olen kohdannut useita lapsia, joilla on vaikeuksia keskittymisen kanssa. Monesti päiväkotiryhmissä olen kuullut puhuttavan ADHD:sta joidenkin lasten kohdalla, vaikka varsinaista diagnoosia ei olisi. On tärkeää kuitenkin muistaa, että ylivilkkautta voi esiintyä lapsella, vaikka kyse ei olisikaan ADHD-diagnoosista ja toisaalta taas aina ADHD-oireiset lapset eivät ole vilkkaita (Puustjärvi, Voutilainen & Pihlakoski, 2018). Toisaalta ADHD-lapsen tukeminen varhaiskasvatuksen arjessa aloitetaan heti kun huomataan haasteita, joten ei ole merkityksellistä onko lapsella virallista diagnoosia vai ei (Pihlakoski & Rintahaka, 2016). Siitä syystä otsikoin tutkielmani ADHD-oireisen lapsen tukemiseksi varhaiskasvatuksessa ADHD-diagnosoidun sijaan.

Olen kokenut haasteelliseksi toiminnan ohjaamisen ryhmässä siten, että huomioisin myös erityislasten tarpeet. Tahdon perehtyä tarkemmin ADHD-diagnosiin, jotta voisin tulevana varhaiskasvatuksen opettajana luoda käytänteitä ja rakentaa oppimisympäristöjä, jotka tukevat lapsia parhaalla mahdollisella tavalla. Aihe on ajankohtainen, koska vallitsevan inklusioperiaatteen mukaisesti tukitoimet toteutetaan pääsääntöisesti lapsen omassa päiväkotiryhmässä (Sandberg, 2018, s. 34). Varhaiskasvatuksen opettajien tietämys erityispedagogiikasta korostuu, sillä he ovat päävastuussa tuen järjestämisestä ryhmässä. ADHD:sta ajankohtaisen aiheen tekee myös sen yleisyys. ADHD:ta esiintyy lapsilla kehityksellisistä neuropsykiatrisista häiriöistä eniten: diagnooseja on 4-5%:lla lapsista (Pihlakoski & Rintahaka, 2016). Vuosina 2011–2015 erikoissairaanhoidon ohjautuvien 5–12 -vuotiaiden lasten määrä kasvoi 22 prosenttia ja ADHD oli annetuista päädiagnooseista yleisin (Huikko ym., 2017). Lisääntyneet diagnoosit voivat johdattaa ADHD:n yleistymisestä, mutta toisaalta myös oireiden entistä paremmasta tunnistamisesta.

Lapsilla, joilla on todettu ADHD varhaiskasvatusiässä, on tutkittu olevan suurempi riski myöhempään akateemiseen alisuoriutumiseen ja oppimisvaikeuksiin koulussa (Spira & Fischel, 2005). On yhteiskunnallisesti merkittävää tutkia aihetta, sillä varhaiskasvatussuunnitelman perusteiden (2018) mukaan varhaiskasvatus on palveluna lasten tasa-arvoa ja yhdenvertaisuutta edistävää ja syrjäytymistä ehkäisevää. Tiedot ja taidot, joita lapsi varhaiskasvatuksessa oppii, vahvistavat hänen osallisuuttaan ja myöhempää aktiivista toimijuuttaan yhteiskunnassa. On siis

perusteltua järjestää kullekin lapselle asianmukaista tukea tarvittaessa, sillä tuen ollessa riittävän aikaista ja oikein kohdennettua, edistää se lapsen oppimista, kehitystä ja hyvinvointia sekä vähentää vaikeuksien syntymistä, laajentumista ja monimuotoistumista (Opetushallitus, 2016, s. 14, 54). Varhaiskasvatustalakiin on kirjattu yhdeksi varhaiskasvatuksen tavoitteeksi yksilöllisen tuen tarpeen tunnistaminen ja tarkoituksenmukaisen tuen järjestäminen monialaisessa yhteistyössä (Varhaiskasvatustalaki 3§ 540/2018).

2 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

Tutkimuskysymyksiä on varsinaisesti vain yksi, mutta samalla tutkimusta tehdessäni tulen myös määrittelemään mitä ADHD-diagnoosilla tarkoitetaan ja miten häiriö ilmenee sekä miten sen määritelmä on kehittynyt ajan saatossa. Tutkimuskysymykseni on:

- **Kuinka varhaiskasvatuksen opettaja voi tukea ADHD-oireista lasta varhaiskasvatuksen arjessa?**

Toteutan tutkimukseni kirjallisuuskatsauksena, sillä siinä tutkimuksen kohteena ovat aiemmat tutkimukset ja sen tavoitteena on luoda kokonaiskuva tutkittavasta asiakokonaisuudesta sekä arvioida teoriaa (Salminen, 2011, s. 1, 3). Näin ollen se palvelee tutkimukseni tarkoituspäää, sillä aikomukseni on muodostaa laaja-alainen kuva tutkimusaiheesta ja löytää ratkaisumalleja ADHD-oireisten lasten tukemiseksi. Mietin ensin rajaisinko aihetta jonkin tietyn osa-alueen tukemiseen, mutta päätin kuitenkin pysyä kokonaisvaltaisemmassa tarkastelussa, sillä haluan pyrkiä ymmärtämään ilmiötä kokonaisuutena. Salmisen (2011) mukaan kirjallisuuskatsauksen tavoitteena on tehdä koontia tuloksista, jotka ovat uuden tutkimuksen perustana. Käytettyjen lähteiden väliltä etsitään keskinäisiä yhteyksiä (Salminen, 2011, s. 4) Pohdinkin tutkimukseni lopussa millaista jatkotutkimusta aiheesta olisi tarpeen tehdä ja tutkielmaa kirjoittaessani etsin tukimenetelmiä, joista on kirjoitettu useammassa lähteessä. Vahvistuvuus tulee esille oleellisesti kirjallisuuskatsauksessa. Vahvistuvuudella tarkoitetaan sitä, että toisista vastaavista ilmiöitä tarkastelluista tutkimuksista saadaan tukea tehdyille tulkinnoille (Eskola & Suoranta, 1998, s. 213-214). Tulen tutkimuksessani vertailemaan eri lähteistä esiin nousevia tukemisen menetelmiä ja esittelemään myös mahdollisia eriäviä näkökulmia niitä koskien.

Kirjallisuuskatsaukseni on tarkemmalta tyypiltään kuvaileva ja narratiivinen. Salmisen (2011) mukaisesti kuvaileva kirjallisuuskatsaus on yleiskatsaus, jota ei määrittele tiukat ja tarkat säännöt. Tutkittavasta ilmiöstä kyetään muodostamaan laaja-alainen kuva ja tarvittaessa voidaan myös luokitella tutkittavana olevan ilmiön ominaisuuksia, vaikka käytetyt aineistot ovat laajoja, eikä aineiston valintaa ole rajaamassa metodisia sääntöjä. Narratiiviseen kirjallisuuskatsaukseen kuuluu tavoite luoda laaja kuva aiheesta tai kuvata sen historiaa ja kehityskulkua (Salminen, 2011, s. 6, 7). Tutkielmassani luon kokonaiskuvaa ADHD:sta erityisesti varhaiskasvatuksen kontekstissa tarkasteluna ja kuvaan lyhyesti ADHD:n määritelmän historiallista kehitystä. Koin tarpeelliseksi tuoda teoreettiseen viitekehykseen myös lapsen kehityksen ja oppimisen

tuen varhaiskasvatuksessa ja esiopetuksessa yleisemmällä tasolla. Kirjallisuuskatsauksessa tiedonkeruumenetelmät ovat hyvin standardoituja, sillä lähteinäni toimivat jo olemassa olevat valmiit teokset, mikä mahdollistaa eettisten ongelmakohtien ennakoitavuuden ja etukäteen ratkaisemisen (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka, 2009, s. 20–21). Aina kun tutkimusaihe liittyy ihmisyyteen, täytyy kiinnittää huomioita siihen, millaista todellisuutta rakentaa kirjoituksellaan ja millaisia arvoja niiden kautta välittää. Kandidaatin tutkielmaa kirjoittaessani olen sensitiivinen puhuessani tukea tarvitsevista lapsista ja tuen tarpeesta ylipäätään.

Kvalitatiivista tutkimusta tehdessään tutkija itse on pääasiallinen luotettavuuden kriteeri (Eskola & Suoranta, 1998, s. 211). Vastuu luotettavuudesta näkyy mielestäni kirjallisuuskatsausta tehdessäni siinä, mitä aineistoja käytän lähteinäni. Hyödynsin tutkimusaineiston keräämisessä monipuolisesti eri tietokantoja kuten Oula-Finnia, Ebscoa, Scopusta ja ProQuestia. Valitsemani lähteet ovat suurimmaksi osaksi suomenkielisiä. Käyttämäni englanninkieliset lähteet ovat enimmäkseen aiheesta löytämiäni kansainvälisiä tutkimuksia. Pysin valitsemaan lähteiksi pääsääntöisesti 2000-luvulla ja etenkin sen loppupuolella julkaistuja aineistoja, jotta niissä oleva tutkimustieto olisi mahdollisimman tuoreta ja esiin tulevat kasvatuskäytännöt olisivat nykypäivän mukaisia.

Pohdin tutkielmaa tehdessäni sitä, voinko käyttää erilaisia opettajille suunnattuja oppaita relevantteina lähteinä. Kandidaatintutkielmani yksi tarkoituksista on etsiä käytännönläheisiä toimintatapoja varhaiskasvatuksen kentälle, joten päädyin lopputulokseen, että oppaiden käyttö lähteinä on perusteltua, kunhan ne eivät ole ainoana lähteenä. Niiden lisäksi etsin tietoa tieteellisistä käsikirjoista, väitöskirjoista ja tutkimuksista. Tarkastelin valitsemiani oppaita kriittisesti siitä näkökulmasta, kuka ne on kirjoittanut, sillä ajattelen kirjoittajan aseman vaikuttavan myös lähteen luotettavuuteen. Lähteinä käyttämieni oppaiden kirjoittajat ovat lääkäreitä, psykologeja, tutkijoita sekä opettajia, joilla on käytännön kosketuspintaa aiheeseen. Oppaiden käyttö yhdessä tieteellisen tekstin kanssa rakentaa toimivan kokonaisuuden.

3 AKTIIVISUUDEN JA TARKKAAVUUDEN HÄIRIÖ ADHD

Puustjärven, Voutilaisen & Pihlakosken (2018) mukaan ADHD on aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö, johon kuuluvat pitkäaikaiset ja toimintakykyä haittaavat keskittymisen, aktiivisuuden säätelyn ja impulssien hillinnän haasteet. Kyseessä on neuropsykiatrinen häiriö, jonka oireiden voimakkuus vaihtelee eri tilanteissa. ADHD:n taustalla on laajojen hermoverkostojen häiriö, jossa keskittymistä ja vireystilaa säätelevien järjestelmien toiminta on heikentynyt (Puustjärvi, Voutilainen & Pihlakoski, 2018). ADHD-häiriöön liittyy usein myös muita psykiatrisia ongelmia, kuten erilaisia käytösongelmia sekä masennus- tai ahdistusoireita (Huttunen, 2018). Osalla liitännäishäiriöstä voidaan nähdä olevan samantapainen neurobiologinen tausta, kuin ADHD:lla, mutta osa taas voi kehittyä sekundaarisina ympäristötekijöiden vaikutuksesta, kuten keskittymättömyydestä tai yliaktiivisuudesta johtuvasta kaveripiiriin ulkopuoliseksi jäämisestä tai jatkuvasta negatiivisesta palautteesta (Moilanen, 2012). ADHD:ta esiintyy enemmän poikien keskuudessa, mikä johtuu poikien oireiden helpommasta tunnistamisesta (Voutilainen & Puustjärvi, 2014). Poikien ADHD käyttäytymisessä on tutkittu ilmenevän enemmän yliaktiivisuutta ja häiritsevää käyttäytymistä tyttöihin verrattuna (Gaub & Carlson, 1997).

Voutilainen & Puustjärvi (2014) kirjoittavat ADHD:n taustalla vaikuttavan perimä ja ympäristötekijät sekä niiden välinen vuorovaikutus. Perinnöllisten tekijöiden vaikuttavuuden osuudeksi on saatu 60-90% kaksos- ja adoptiotutkimuksilla. Ympäristössä riskitekijöitä ovat muun muassa pieni syntymäpaino, ennenaikaisuus, aivovammat, keskushermostoinfektiot ja erittäin vakava kaltoinkohtelu tai deprivaatio (Voutilainen & Puustjärvi, 2014). Yksinään perheeseen tai psykososiaaliseen ympäristöön liittyvät riskitekijät eivät aiheuta ADHD:ta, mutta niiden katsotaan lisäävän yliaktiivisuutta ja monihäiriöisyyttä etenkin niillä lapsilla, jotka ovat perinnöllisesti alttiita ADHD:lle (Pihlakoski & Rintahaka, 2016).

ADHD:n geneettisten taustatekijöiden merkityksestä on myös esitetty kritiikkiä. Suominen (2012) on tutkinut tarkkaavuushäiriön erilaisia selitysmalleja ja toteaa 2000-luvulla olevan selvästi kaksi erilaista lähestymistapaa häiriön syntyyn liittyen: geneettistä näkökulmaa painottava ja yhteiskunnallista näkemystä korostava. Barkley ja kollegat (2002) painottavat häiriön geneettistä taustaa. Heidän mukaansa useimmat neurologiset tutkimukset osoittavat, että häiriöön liittyy neurologisia ja anatomisia muutoksia ja ADHD:n hoidossa lääkehoito on ensisijainen hoitomuoto, sillä sen toimivuudesta on tutkimustuloksia (Barkley ym., 2002). Timimi ja kollegat (2004) kritisoivat geneettistä yhteyttä, sillä ADHD:n esiintyvyydestä ei ole voitu antaa tark-

kaa prosenttia määrittelyn epäselvyyden ja diagnoosin lääketieteellisen testin puuttumisen takia. Heidän mukaansa neurologiset ja anatomiset löydökset ovat epätarkkoja ja niillä voi olla yhteys myös lääkkeen käyttöön. Heidän mielestään psykososiaalisia tekijöitä ei huomioida tarpeeksi ja lääkehoito nähdään sosiaalisen kontrollin välineenä auktoriteetin heiketessä (Timimi ym., 2004). Myös Laajarinne (2011) kirjoittaa ADHD:n diagnoosikriteerien olevan sosiaalisesti määräytyneitä. Hänen mukaansa kysymys on siitä, mitä yhteiskunnassa koetaan hyväksyttäväksi tai liialliseksi käyttäytymiseksi missäkin tilanteessa, mikä kertoo erilaisuuden matalasta sietokyvystä (Laajarinne, 2011, s. 61). Suomisen (2012) mukaan muuttunut koulumaailma, jossa painotetaan omaehtoista, suunnitelmallista ja keskittymiskykyä korostavaa oppimista, vaikuttaa tarkkaavuushäiriön ilmenemiseen sekä lisää tarkkaavuushäiriöisten syrjäytymisriskiä ja diagnosoinnin tarvetta.

3.1 Määritelmän historiallinen kehitys

ADHD:n määritelmä ja diagnostiikka on ollut kiistanalainen läpi sen kehityskaaren, sillä sen oireiden ja etiologian käsitteellistäminen sekä diagnostiset kriteerit ovat muuttuneet vuosien varrella (Honkasilta, 2016, s. 19). Barkleyn (2015) mukaan ADHD:ta on kuvattu lääketieteellisissä teksteissä ensimmäisen kerran 1770-luvulla Saksassa Melchior Adam Weikardin toimesta. Lääketieteellisessä oppikirjassaan Weikard kuvaili aikuisia ja lapsia, jotka olivat tarkkaamattomia, huonoja keskittymään, epäsiikkaita, yliaktiivisia ja impulsiivisia. Kuvailussa voidaan nähdä samoja piirteitä kuin nykyisessä ADHD:n määritelmässä (Barkley, 2015).

ADHD:sta käytettiin aluksi termiä MBD eli minimal brain damage. Termi juontaa juurensa 1920-luvulle, jolloin tehtiin olettamuksia aivovaurion yhteydestä motoriseen impulsiivisuuteen, helposti kiihtyvyyteen, aggressiivisuuteen ja kontrolloimattomiin tunteisiin, kun monilla aivotulehdukseen (encephalitis lethargica) sairastuneilla lapsilla oli näitä oireita (Rafalovich, 2001). Michelssonin (2001) mukaisesti myöhemmin, kun muilla lapsilla esiintyi samankaltaista käyttäytymistä, oletettiin myös heidän oireidensa johtuvan aivovauriosta. Koska aivovaurion yhteyttä ei kuitenkaan voitu todistaa, esitettiin termiä kohtaan paljon kritiikkiä 1960-luvulla ja MBD vakiintui tarkoittamaan lyhennettä sanoista minimal brain dysfunction (Michelsson, 2001).

MBD tarkoitti aivotoiminnan lievää häiriötä, jonka keskiössä olivat ongelmat tarkkaavuudessa. Siihen kuului lisäksi oleellisesti haasteet oppimisessa, motorisessa koordinaatiossa ja hahmot-

tamisessa ja oireisiin liittyi usein myös kielellisiä erityisvaikeuksia sekä sosiaalisen kanssakäymisen ja käyttäytymisen vaikeuksia (Michelsson, Saresma, Valkama & Virtanen, 2001, s.11). Honkasillan, Sandbergin, Närhen ja Jahnukaisen (2014) mukaan MBD tuli tietoisuuteen Suomessa 1970-luvulla tiedotuskampanjan kautta, joka johti muun muassa erityisen tuen tarpeisille lapsille suunnattujen päiväkotien perustamiseen. Termi poistettiin Suomessa käytössä olevasta ICD-10 -tautiluokituksesta vuonna 1995 ja korvattiin termillä ”hyperkineettinen häiriö”, joka on yleisnimi ADHD:lle. MBD termiä käytettiin kuitenkin vielä tämän jälkeenkin ja esimerkiksi vuonna 1989 perustettu Suomen MBD-liitto muutti nimensä Suomen ADHD-liitoksi vasta vuonna 2003 (Honkasilta, Sandberg, Närhi & Jahnukainen, 2014). MBD termi säilyi Suomessa kansainvälisten tautiluokitusten muuttumisen jälkeen rinnakkain käytettynä ADHD:n kanssa, sillä se oli yläkäsite lapsille, joilla oli tarkkaavuushäiriön lisäksi moninaisempia ongelmia liittyen motoriikkaan, oppimiseen ja hahmottamiseen (Michelsson, Saresma, Valkama & Virtanen, 2001, s. 22). MBD-käsite oli merkityksellinen, sillä sen johdattamana alettiin etsimään keskushermoston toiminnasta syitä motoriselle levottomuudelle ja tarkkaamattomuudelle (Närhi & Klenberg, 2010). Nykyinen ADHD:n määritelmä vakiintui vähitellen käyttöön 2000-luvulla (Voutilainen & Puustjärvi, 2014, s. 71).

3.2 Diagnosointi

Varhaisella diagnoosilla on edesauttava vaikutus ADHD-potilaiden yksilöllisen tuen ja hoidon edellytyksiin ja se voi vähentää mahdollisia ongelmia tulevaisuudessa (Reiman-Möttönen, Kiura & Mäkelä, 2014, s. 23). Varhaiskasvatusikäisellä ADHD näkyy yleensä etenkin motorisena levottomuutena ja impulsiivisuutena (Närhi, Karhu, Klenberg, Paananen & Puustjärvi, 2019). Diagnoosi tehdään lääkärin arvion sekä lapsen ja vanhempien kattavan haastattelun pohjalta, jossa selvitetään lapsen fyysistä ja psyykkistä kehitystä raskausajasta lähtien (Pihlakoski & Rintahaka, 2016). ADHD:n diagnosoinnissa on käytössä kansainvälinen diagnostinen luokittelujärjestelmä ICD-10 sekä Amerikan psykiatristen häiriöiden diagnoosiluokitus DSM-5 (ADHD: Käypä hoito -suositus, 2019).

3.2.1 ICD-10

Aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriön eli ADHD:n tunnistamisessa on Suomessa vielä käytössä Maailman terveysjärjestö WHO:n ICD-10-tautiluokituksen mukaiset diagnoosikriteerit. (ADHD: Käypä hoito -suositus, 2019). ICD-11 -luokitusta on valmisteltu yli 10 vuotta ja sen

on kaavailtu tulevan käyttöön vuoden 2022 alussa (Pihlava, 2018). Jotta ADHD:n diagnoosin kriteerit täyttyvät, tulee lapsella ilmetä vähintään kuusi yhdeksästä tarkkaamattomuuden oireesta, kolme viidestä yliaktiivisuuden oireesta ja kolme neljästä impulsiivisuuden oireesta sekä oireiden tulee olla alkanut ennen seitsemän vuoden ikää (ADHD: Käypä hoito -suositus, 2019). Diagnoosia ei kuitenkaan voida tehdä alle neljävuotiaalle lapselle (Pihlakoski & Rintahaka, 2016). Diagnoosikriteerien mukaiset oireet ovat normaaleja ja kehitykseen kuuluvia tätä nuoremille lapsille, minkä takia liian aikaisin annetut diagnoosit saattaisivat myöhemmin paljastua virheellisiksi (Dreyer, 2006). ADHD-oireiden arvioinnissa lapsen käyttäytymistä on tarpeen verrata ikätovereiden käyttäytymiseen (Moilanen, 2012). Ennen kuin voidaan puhua häiriöstä, oireiden tulee olla jatkunut vähintään kuuden kuukauden ajan ja olla suhteellisen riippumattomia olosuhteista ja ajankohtaisesta tilanteesta (Huttunen, 2018). Oireiden täytyy esiintyä vähintään kahdessa ympäristössä, esimerkiksi kotona ja päiväkodissa (Pihlakoski & Rintahaka, 2016).

Tässä kappaleessa käsittelen Käypä hoito -suosituksesta (2019) löytyviä ICD-10:n mukaisia aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriön diagnoosikriteerejä. *Tarkkaamattomuus* ilmenee diagnoosikriteerien mukaan lapsen käytöksessä vaikeutena kiinnittää huomioita usein yksityiskohtiin tai huolimattomuusvirheiden tekemisenä. Lapsi epäonnistuu usein leikkeihin ja tehtäviin keskittymisessä, eikä näytä kuuntelevan hänelle kohdistuvaa puhetta. Ohjeiden noudattaminen epäonnistuu usein ja tehtävien ja toimintojen järjestämiskyky on heikentynyt. Lapsi saattaa vältellä psyykkistä ponnistelua vaativia tehtäviä ja kadottaa usein tärkeitä tiettyihin tehtäviin ja toimintoihin tarvittavia esineitä. Lapsi myös häiriintyy helposti ulkopuolisista ärsykkeistä sekä muistaa huonosti päivittäisten toimintojen kannalta merkityksellisiä asioita. *Yliaktiivisuus* näkyy diagnoosikriteerien mukaisesti lapsen levottomassa käsien ja jalkojen liikuttelussa ja vaikeudessa pysyä paikallaan. Lapsi juoksentelee tai kiipeilee usein asiaankuulumattomissa tilanteissa ja on motorisesti jatkuvasti liian aktiivinen. Lapsi on myös usein leikeissään liiallisen äänekkäs eikä onnistu hiljaiseen toimintaan paneutumisessa. *Impulsiivisuutta* ilmentää diagnoosikriteerien mukaan lapsen kysymyksiin vastaaminen ennen kuin kysymys on valmis ja vastauksellaan toisten tekemien kysymysten estäminen. Lapsella on myös vaikeuksia jonossa seisomisessa tai oman vuoron odottamisessa. Lapsi puhuu usein liikaa, vaikka tilanne vaatisi pidättyvää ja hän keskeyttää usein toiset tai tunkeilee (ADHD: Käypä hoito -suositus, 2019).

3.2.2 DSM-5

Puustjärven, Voutilaisen ja Pihlakosken (2018) mukaan Yhdysvaltain psykiatriyhdistyksen APA:n kehittämä DSM-5 -diagnoosikriteeristö on käytössä yleensä tieteellisessä tutkimuksessa. He määrittelevät neljä olennaisinta eroavuutta ICD-10 ja DSM-5 -diagnoosikriteeristöjen välillä. DSM-5 on laskenut yli 17-vuotiaiden diagnoosikriteerejä, sillä tarkkaamattomuusoireita tai yliaktiivisuusoireita vaaditaan viisi yhdeksästä, kun taas ICD-10 edellyttää kaikenikäisiltä kuusi oiretta yhdeksästä. DSM-5 edellyttää oireiden alkamisajankohdaksi alle 12 vuoden iän ja ICD-10 mukaan oireiden on täytynyt alkaa ennen 7 vuoden ikää. DSM-5 jaottelee ADHD:n vaikeusasteen (lievä, keskivaikea, vaikea) ja kolmen eri esiintymismuodon mukaan, jotka ovat tarkkaamattomuuspainotteinen (ADD), yliaktiivisuus-impulsiivinen ja yhdistetty esiintymismuoto. ICD-10 ei tee näitä jaotteluja yhtä selkeästi (Puustjärvi, Voutilainen & Pihlakoski, 2018). ADHD:n esiintyvyyteen vaikuttaa, miten se on määritelty, sillä DSM-5 antaa ADHD:n yleisyydeksi suurempia lukuja kuin ICD-10 (Moilanen, 2012). Vaikka Suomessa on käytössä ICD-10 -diagnoosikriteerit, voidaan Käypä hoito -suosituksen (2019) mukaan eri esiintymismuotoja käyttää diagnosoitaessa häiriötä.

3.3 ADHD:n hoito

ADHD:ta voidaan hoitaa lääkehoidolla sekä psykososiaalisilla hoitomuodoilla, mutta alle kuu-sivuotiailla on käytössä ensisijaisesti psykososiaaliset hoitomuodot (Voutilainen & Puustjärvi, 2014). Yksi syy tähän on lääkkeiden sivuvaikutukset, jotka ovat yleensä lieviä, mutta niitä esiintyy varhaiskasvatusikäisillä tutkitusti kouluikäisiä enemmän ja vakavampina (Dreyer, 2006). Psykososiaalisia hoitumuotoja ovat lääkkeettömät hoidot, joiden päämääränä on lapsen käyttäytymiseen ja reagointiin vaikuttaminen sekä toimintaympäristön muokkaaminen toivotua käyttäytymistä tukeväksi (Pihlakoski & Rintahaka, 2016). Varhaiskasvatuksessa lapselle annettava tuki lukeutuu psykososiaaliseen tukeen. Diagnoosin saaneelle ja hänen lähiyhteisölleen tarjotaan psykoedukaatiota eli ohjausta ja tietoa aiheesta (Serenius-Sirve & Kippola-Pääkkönen, 2012). Psykososiaaliin hoitoihin voi kuulua myös tarpeen mukaan erilaisia yksilö- ja ryhmäterapioida kuten puhe-, toiminta- tai psykoterapiaa tai neuropsykologista kuntoutusta (Puustjärvi, Voutilainen & Pihlakoski, 2018).

Käypä hoito -suosituksen (2019) mukaan pääasiallinen psykologinen hoitomuoto lapsille on käyttäytymisterapiassa kehitettyjä menetelmiä soveltava käyttäytymishoito. Puustjärvi, Voutilainen ja Pihlakoski (2018) kirjoittavat käyttäytymishoidon pohjautuvan sosiaalisen oppimisen

periaatteisiin ja että sen päämääränä on ohjata lapsen tai nuoren käyttäytymistä vastaamaan enemmän sosiaalisia odotuksia sekä kehittää heidän toimintakykyään. Keinoina käytetään toivotun käytöksen vahvistamista palkitsemalla sekä käytökseen vaikuttavien ympäristötekijöiden muokkaamista siten, että mahdollisuus epäonnistua on mahdollisimman vähäinen (Puustjärvi, Voutilainen & Pihlakoski, 2018). Hoidon tehokkuutta lisää johdonmukainen ja laaja-alainen toteuttaminen samalla lailla eri ympäristöissä (ADHD: Käypä hoito -suositus, 2019).

Toinen keskeinen hoitomuoto alle kouluikäisten ADHD:n hoitoon on strukturoitu vanhempainohjaus (Puustjärvi, Virta & Leppämäki, 2016). Youngin ja Amarasinghen (2010) mukaan vanhempainohjaus tähtää kasvatustaitojen edistämiseen ja muokkaamiseen sekä vanhempi-lapsi -suhteen parantamiseen. Vanhemmat oppivat tunnistamaan ja käsittelemään lastensa huonoa käytöstä edeltäviä asioita sekä sen seuraamuksia. Heitä opetetaan myös tarkkailemaan ongelmallista käytöstä ja palkitsemaan positiivisesta käytöksestä konkreettisten palkkioiden, kehuja ja positiivisen huomion avulla. Epätoivottua käytöstä vähennetään ei-fyysisillä rangaistuksilla kuten jäähyillä ja huomiotta jättämisellä (Young & Amarasinghe, 2010). Vanhempainohjauksen toimivuudesta on tehty useita tutkimuksia ja sen positiivisia vaikutuksia ovat esimerkiksi lapsen lisääntynyt ohjeiden mukaan toimiminen, vanhempien oikeanlaisten käskyjen käyttö sekä tieto asianmukaisista kasvatusmenetelmistä (McGoey, Eckert & DuPaul, 2002).

4 LAPSEN KEHITYKSEN JA OPPIMISEN TUKI VARHAISKASVATUKSESSA JA ESIOPETUKSESSA

Varhaiskasvatuksen inklusiiviseen toimintakulttuuriin kuuluu osallisuuden, yhdenvertaisuuden sekä tasa-arvon edistäminen kaikessa toiminnassa (Opetushallitus, 2016, s. 30). Inklusiivisen kasvatustoiminnan keskiössä täytyy olla näkemys siitä, että samat toimenpiteet ja kaikkien lasten yhteinen ryhmätoiminta palvelee samalla tavalla erityistä tukea tarvitsevan lapsen tarpeita kuin lapsia yleensäkin (Viittala, 2008). Varhaiskasvatussuunnitelman perusteissa (2018) kerrotaan suunnitelmallisen toiminnan eriyttämisen, ryhmien muuntelun ja oppimisympäristöjen muokkaamisen lukeutuvan varhaiskasvatuksessa käytössä oleviin ongelmiin ennaltaehkäiseviin pedagogisiin järjestelyihin ja työtapoihin. Lapsi voi saada tukea lyhyen aikaa ja vähäisissä määrin esimerkiksi yksittäisen tuen muodon tai järjestelyn kautta. Osalle lapsista on tarpeen järjestää enemmän ja säännöllisempää tukea tai yhtäaikaaisesti toisiaan täydentäviä tuen muotoja (Opetushallitus, 2018, s. 56). ADHD-diagnoosi ei ole edellytys tuen saamiselle, vaan tukitoimet ovat tarpeen aloittaa heti kun lapsella ilmenee toimintakykyä häiritsevää levottomuutta ja keskittymättömyyttä (Pihlakoski & Rintahaka, 2016). Sandbergin (2016, s. 122) väitöskirjatutkimuksen mukaan perheet kokivat diagnosoinnista olevan hyötyä, sillä se mahdollistaa yhteiskunnallisia tukitoimia ja auttaa ymmärtämään lapsen oireita. Varhaiskasvatuksen ammattilaisten on tärkeää tehdä yhteistyötä huoltajien kanssa, jotta lapsen toimintaa, käyttäytymistä ja päivärytmiä poikkeavia tapahtumia kyetään ennakoimaan sekä lasta pystytään huomioimaan parhaalla mahdollisella tavalla (Sandberg, 2018, s. 46).

4.1 Yleiset tukimuodot varhaiskasvatuksessa

Varhaiskasvatussuunnitelman perusteissa (2018) määritellään tuen rakennetta. Tuen sisältö voi koostua pedagogisista, rakenteellisista ja hyvinvointia tukevista muista järjestelyistä. Pedagogisiksi järjestelyiksi lukeutuvat muun muassa varhaiskasvatuksen erityisopettajan konsultoiva tai jaksottainen tuki, lapsikohtainen ohjaaminen, viittomien ja kuvien käyttäminen tai muu kielen ja kommunikoinnin tukeminen, tulkitsemis- ja avustamispalvelut ja erityisten apuvälineiden sekä tieto- ja viestintäteknologian käyttö. Rakenteelliset järjestelyt liittyvät ryhmän lapsimäärän pienentämiseen sekä henkilöstömitoitukseen ja rakenteeseen yleisesti. Hyvinvointia tukevat järjestelyt liittyvät esimerkiksi sosiaali- ja terveydenhuollon asiantuntijoiden antamaan konsultaatioon ja ohjaukseen (Opetushallitus, 2018, s. 57). Viitalan (2018) mukaan varhaiskasvatuk-

sen erityisopettajan konsultointi on yleisesti käytetyin resurssi inklusiivisessa varhaiskasvatuksessa. Joissain kaupungeista on myös integroituja erityisryhmiä, joissa varhaiskasvatuksen erityisopettaja on läsnä jatkuvasti. Integroidut erityisryhmät ovat ryhmäkooltaan pienempiä ja niissä osalla lapsista on määritelty tuen tarve (Viitala, 2018, s. 54, 57). ADHD-oireisen lapsen oppimista voi hyödyttää etenkin oppimisympäristön ulkoinen strukturointi, ryhmäkoon pienentäminen, avustajan ja varhaiskasvatuksen erityisopettajan tuki, opetuksen ja ohjauksen eriyttäminen sekä oppimisessa auttavat apuvälineet (Serenius-Sirve ja Kippola-Pääkkönen, 2012).

Tukea suunniteltaessa lähtökohta on lapsen vahvuuksissa sekä kehitykseen ja oppimiseen liittyvissä tarpeissa (Opetushallitus, 2018, s. 54). Tuen tarve, tukitoimenpiteet sekä niiden toteuttaminen kirjataan lapsen varhaiskasvatussuunnitelmaan varhaiskasvatuslain 23§ mukaisesti. Laissa määritellään, että huoltajien ja päiväkodin henkilöstön lisäksi tuen tarpeisen lapsen varhaiskasvatussuunnitelman laatimiseen osallistuu tarvittaessa varhaiskasvatuksen erityisopettaja sekä mahdollisesti myös sosiaali- ja terveydenhuollon viranomaisia, jos tuen tarpeen arviointi sitä edellyttää. Lapsen varhaiskasvatussuunnitelma tarkistetaan vähintään vuosittain, mikä sisältää suunnitelman toteutumisen sekä lapsen tuen tarpeen, riittävyys ja tarkoituksenmukaisuuden arvioinnin (Varhaiskasvatuslaki 23§ 540/2018).

4.2 Kolmiportainen tuki

Esiopetuksen opetussuunnitelman perusteiden (2014) mukaan esiopetuksessa on käytössä kolmiportaisen tuen malli. Lapsen kasvun ja oppimisen tuki on jaettu kolmeen eri tasoon, jotka ovat yleinen, tehostettu ja erityinen tuki. Esimerkiksi osa-aikaista erityisopetusta, tulkittamis- ja avustajapalveluja sekä erilaisia apuvälineitä voidaan käyttää tuen muotoina ja niistä on säädetty perusopetuslaissa (Opetushallitus, 2018, s. 44). ADHD-diagnosoitu lapsi voi olla millä tahansa tuen portaalla, riippuen hänen yksilöllisistä tarpeistaan, sillä diagnoosi yksinään ei määrittele minkälaista tukea lapsi tarvitsee (Honkasilta, Sandberg, Närhi & Jahnukainen, 2014). Sandbergin (2016) ADHD-aiheisessa väitöskirjassa tutkittavista peruskoulun oppilaista 15 sai tehostettua tukea ja 48 erityistä tukea. Huomion arvoisesti tutkimuksessa oli myös 53 vastausta, joissa sanottiin, että minkäänlaisia koulun tukitoimia ei ollut käytössä. Tukitoimia sai enemmän, jos liitännäishäiriöinä oli oppimisvaikeuksia tai käytöshäiriöitä (Sandberg, 2016, s. 131). Tästä ei voi tehdä suoraan johtopäätöksiä tilanteesta esiopetuksen puolelta, mutta se antaa osviittaa ADHD:n luokittelusta kolmiportaisen tuen mallissa.

Yleistä tukea voidaan esiopetuksen opetussuunnitelman perusteiden (2014) mukaan antaa ilman erillisiä päätöksiä ja sitä annetaan ensimmäisenä, kun lapsella ilmenee tarvetta tuelle. Sillä tarkoitetaan yksittäisiä tukitoimia, joilla vastataan lapsen yksilöllisiin tarpeisiin. (Opetushallitus, 2018, s. 45). Parikan ja Halonen-Malliarakisen (2017) mukaan tukitoimilla pyritään siihen, että mahdollisia ongelmia ja haasteita syntyisi mahdollisimman vähän. He mainitsevat keskeisimmiksi yleisen tuen toimiksi luokassa ryhmätasolla struktuurin luomisen, oppimisympäristön ärsyketason säätelyn sekä ennakoivan aikuisuusjohtoisuuden kaikessa toiminnassa (Parikka & Halonen-Malliarakis, 2017, s. 96). Vaikka he puhuvat tukitoimista koulun puolella, ovat tuen muodot sovellettavissa myös varhaiskasvatukseen.

Esiopetuksen opetussuunnitelman perusteissa (2014) määritellään tehostetun tuen olevan kyseessä silloin, kun lapsen saama tuki on säännöllistä tai käytössä on useita eri tukimuotoja yhtäaikaaisesti. Ennen tuen päätöstä tehdään pedagoginen arvio, jossa kuvataan lapsen kasvun ja oppimisen tilanne, lapselle annettu yleinen tuki ja sen vaikutukset, lapsen kiinnostuksen kohteet, vahvuudet, oppimisvalmiudet ja erityistarpeet sekä arvio tehostetun tuen tarpeesta ja toimivista tukijärjestelyistä. Tehostettu tuki kirjataan lapsen oppimissuunnitelmaan. (Opetushallitus, 2018, s. 45–46). Tavoitteellisuus ja suunnitelmallisuus ovat merkittävässä asemassa tukitoimien järjestämisessä (Sarlin & Koivula, 2009).

Erityinen tuki on tarkoitettu lapselle, joka tarvitsee kokonaisvaltaista ja suunnitelmallista tukea saavuttaakseen kasvunsa, kehityksensä ja oppimisensa tavoitteet (Opetushallitus, 2018, s. 48). Lapsella voi olla esimerkiksi vakavia oppimisvaikeuksia ja ongelmia tunne-elämässä tai sosiaalisessa sopeutumisessa (Sarlin & Koivula, 2009). Esiopetuksen opetussuunnitelman perusteiden (2014) mukaan ennen erityisen tuen myöntämistä tehdään pedagoginen selvitys, joka eroaa pedagogisesta arviosta siten, että siihen kuuluu mahdollisesti psykologinen tai lääketieteellinen arvio. Lapsi voi saada erityisen tuen päätöksen ilman pedagogista selvitystä, jos sille ilmenee tarvetta psykologisen tai lääketieteellisen arvion perusteella. Erityistä tukea saavalle lapselle tehdään henkilökohtainen opetuksen järjestämistä koskeva suunnitelma eli HOJKS (Opetushallitus, 2018, s. 48–50). Tehostetun ja erityisen tuen tavoitteena on ongelmien kasautumisen ja jatkumisen ehkäiseminen sekä suunnatun tuen tarjoaminen (Parikka & Halonen-Malliarakis, 2017, s. 97).

5 ADHD-OIREISEN LAPSEN TUKEMINEN VARHAISKASVATUKSESSA

Moilanen (2012) kirjoittaa, kuinka asuinkunnan peruspalveluilla on ensisijainen vastuu tukitoimia, diagnostiikkaa ja hoitoa koskien. Se tarkoittaa, että kun lapsen keskittymiskyvyn puutteesta sekä levottomuudesta aletaan huolestua, on lähtökohtana päivähoidon ja koulun tukitoimet, huoltajien kanssa tehty yhteistyö sekä tarvittaessa sosiaalitoimesta saatava apu. Tarkempiin tutkimuksiin ja hoitoihin hakeudutaan vasta, jos edellä mainitut tukitoimet eivät tehoa (Moilanen, 2012). McGoeyn, Eckertin ja DuPaulin (2002) mukaan varhaiskasvatusikäisten ADHD-oireisten lasten tukemisesta on tehty vain muutamia tutkimuksia koskien käyttäytymishoito -interventiomenetelmää. Onnistuneet käyttäytymisinterventiot ovat koostuneet toivotunlaisen käyttäytymisen palkitsemisesta, tehokkaiden ohjeiden ja vaatimusten antamisesta, itsehillinnän opettamisesta ja johdonmukaisen kurin metodien käytöstä. Koska käyttäytymispsykologisten tukitoimien toimivuudesta varhaiskasvatusikäisiin lapsiin on vain vähän päteviä tutkimuksia ja monia interventioista on tutkittu vain laboratorio-olosuhteissa, ei niiden toimivuudesta ei ole heidän mukaansa kovin vakuuttavaa näyttöä (McGoey, Eckert & DuPaul, 2002).

Myös koulupohjaisten interventioiden toimivuutta varhaiskasvatusikäisten oireisiin on tutkittu ja niiden tulokset ovat olleet ristiriitaisia. Tymms ja Merrell (2006) toteuttivat seurantatutkimuksen, jossa tutkittavat ADHD-lapset olivat tutkimuksen alkaessa 4-vuotiaita. He havaitsivat, että opettajille tarjotuilla tutkimuksiin perustuvilla ohjeilla ADHD-oireisten lasten kanssa työskentelyyn oli positiivinen vaikutus lasten käyttäytymiseen sekä opettajien asenteisiin lapsia kohtaan (Tymms & Merrell, 2006). Sayalin ja kollegoiden (2010) seurantatutkimuksessa interventioilla ei todettu olevan vastaavaa vaikutusta lasten käyttäytymiseen. Löysin kuitenkin tutkimukseeni kolme osatekijää, jotka nousivat lähteissä esille ADHD-oireisten lasten tukemisen kohteiksi varhaiskasvatuksessa ja käsittelen tutkimuksessani niihin kohdistuvia tukemisen keinoja. Osatekijät ovat **itsesäätelytaitojen harjoittaminen, toiminnanohjauksen tukeminen ja tarkkaavuuden ongelmien huomioiminen**. Lisäksi useassa lähteessä painotettiin **myönteistä vuorovaikutusta ja vahvuuksien tunnistamista**, joten päätin käsitellä sitä erillisenä tukemisen keinona.

5.1 Itsesäätelytaitojen harjoittaminen

Berggrenin (2018) määrittelyn mukaisesti itsesäätelytaidot sisältävät kyvyn säädellä omaa viireys- ja aktivaatiotasoa sekä omien tunnepohjaisten ja fyysisten aistimuksiin reagoitien hallinnan. Itsesäätelykykyyn kuuluu tunteiden ilmaisun, toiminnan ja käyttäytymisen säätely omien tavoitteiden ja ympäristön vaatimusten mukaiseksi (Aro, 2012). DuPaulin, McGoeyn, Eckertin ja VanBraklen (2001) tutkimuksen mukaan ADHD-lapsilla oli enemmän vaikeuksia käyttäytymisessä ja heidän sosiaaliset taitonsa olivat heikommalla verrattuna lapsiin, joilla ei ollut ADHD:ta. ADHD-oireisille lapsille on tyypillistä alisäätelyn ongelmia, jotka ilmenevät haasteena saada impulsseja hallintaan ja muokata käyttäytymistä tai tarkkaavaisuutta (Aro, 2012).

Aron (2012) mukaan kognitiiviset taidot ovat yhteydessä itsesäätelyn kehittymiseen, sillä kognitiivisten taitojen kehittymisen mahdollistavat kokemukset ja ympäristön vaikutteet ja lapsen vuorovaikutuskyky on riippuvainen hänen kognitiivisista kyvyistään. Tärkeitä kognitiivisia itsesäätelykykyyn liittyviä kykyjä ovat esimerkiksi muisti, tarkkaavaisuus, kieli ja toiminnan viivästyttämiseen ja estämiseen liittyvä inhibitiokyky (Aro, 2012). Närhen ja kollegoiden (2019) mukaan lapsen ongelmanratkaisutaitoja sekä kognitiivisia taitoja ja suunnitelmallista tietojen käsittelyä voidaan tukea lisäämällä harkinta-aikaa tehtäviin ja eri tilanteisiin. Pidempi harkinta-aika vähentää impulsiivista toimintaa, sillä se mahdollistaa tehtävän tarkemman tarkastelun ja tarkkaavuuden tietoisuuden kohdentamisen haluttuihin toimintoihin (Närhi ym., 2019).

Binder, Dixon ja Ghezzi (2000) tutkivat ADHD-lasten itsehillintätaidon kehittämistä valintamahdollisuuksien, harhauttavien toimintojen ja odottamisesta saatavien suurten palkkioiden avulla. Tulokset osoittivat, että lapsille on mahdollista opettaa itsehillintää kasvattamalla palkinnon saamista edellyttävää viivettä asteittain (Binder, Dixon & Ghezzi, 2000). Myös liikunnalla on todettu olevan vaikutuksia lapsen itsehillintään. Piepmeierin ja kollegoiden (2015) tutkimuksessa selvitettiin liikunnan vaikutuksia kognitiiviseen suorituskyykyyn ADHD-diagnosoituilla lapsilla ja lapsilla, joilla ei ole ADHD:ta. Tulokset osoittivat liikunnan parantavan molempien lapsiryhmien prosessointinopeutta ja impulssien hillintää (Piepmeier ym., 2015).

Sandberg (2018) kirjoittaa, kuinka lapsiryhmän kanssa tulisi keskustella ihmisten erilaisuudesta ja siitä, kuinka erilaisuus näkyy myös tavassamme toimia. Varhaiskasvatuksessa voidaan esimerkiksi leikin avulla harjoitella itsesäätelytaitoja. Pettymyksensietokykyä voidaan opettaa keskustelemalla ja luomalla peli- ja leikkitilanteita, joissa lapset saavat olla välillä ensimmäisiä ja välillä viimeisiä (Sandberg, 2018, s. 39–40). Serenius-Sirve ja Kippola-Pääkkönen (2012)

kirjoittavat, että jotta itsesäätely kehittyisi, lapsen täytyy tietää miten missäkin tilanteessa toimitaan ja millaisia vaikutuksia hänen toiminnallaan on ympäristöön. Myönteisiä seurauksia edeltävien toiminta-seuraus -kytkentöjen vahvistaminen on avainasemassa, kun lapsen käyttäytymistä halutaan ohjata tiettyyn suuntaan. Lapsen tulisi saada voimakasta ja motivoivaa myönteistä tilanteeseen liittyvää palautetta oikeanlaisesta toiminnastaan välittömästi, jotta se tehoa isi toivotulla tavalla. Heidän mukaansa lapsi pyrkii toistamaan jatkossakin toimintaa, josta hän saa huomiota ja vahvistusta (Serenius-Sirve & Kippola-Pääkkönen, 2012). Myös Närhen ja kollegoiden (2019) mukaan lapsen itsesäätelyä voidaan tukea antamalla välitöntä ja säännöllistä palautetta, jotta lapsi saa mallin siitä, kuinka jäsentää tilanteita ja arvioida omaa käyttäytymistä.

Itsesäätelytaidot heijastuvat myös lapsen sosiaalisiin suhteisiin. Jopa 40%:lla ADHD-lapsista esiintyy haasteita sosiaalisissa vuorovaikutustilanteissa (Puustjärvi, 2017, s. 36). Barkleyn (2008) mukaan sosiaalisten ongelmien taustalla on lapsen alikehittynyt ajan- ja tulevaisuuden taju. Hänen mukaansa ADHD-lapset elävät yleensä hetkessä ja pitävät arvossa sitä, mitä he voivat saada juuri kyseisellä hetkellä. Ongelmia syntyy, sillä sosiaalisista taidoista, kuten jakamisesta, yhteistyöstä, vuorottelusta ja lupausten pitämisestä, ei saa normaalisti palkkioita heti (Barkley, 2008, s. 244). Sandbergin (2018) mukaan ADHD-oireinen lapsi tarvitsee tukea sosiaalisissa tilanteissa ja suhteissa, sillä taidot voivat olla ikätasoa heikommät ja sen takia lapsi voi joutua keskelle väärinkäsityksiä ja riitatilanteita. Opettajan on oltava mukana selvittämässä riitatilanteita ja autettava lapsia pohtimaan millaista on toivotunlainen vuorovaikutus ja millaisilla toimintatavoilla riitatilanteet voidaan ratkaista. Tilanteiden sanoittaminen tukee lapsen keinoja toimia tilanteissa, joissa hän turvautuu impulsiivisiin tekoihin (Sandberg, 2018, s. 38).

McGoey ja DuPaul (2000) tutkivat 4-5 vuotiaiden ADHD-lasten häiritsevänä pidettyyn käyttäytymiseen vaikuttamista positiivisen vahvistamisen ja palkinnon poistamisen avulla. Tutkimukseen osallistuvia opettajia ohjeistettiin palkitsemaan lapsia napeilla, joita keräämällä heillä oli mahdollisuus muihin palkkioihin kuten tarroihin. Epätoivotusta käytöksestä nappeja otettiin pois. Interventioilla onnistuttiin vähentämään häiritsevää käyttäytymistä (McGoey & DuPaul, 2000). Myös Serenius-Sirve ja Kippola-Pääkkönen (2012) kirjoittavat palkitsemisohjelman olevan toimiva tapa huomioida järjestelmällisesti toivottua käyttäytymistä sekä vahvistaa sitä tehokkaasti, sillä sen avulla lapsi tulee tietoiseksi omaan käyttäytymiseensä vaikuttamisen mahdollisuuksista ja se lisää lapsen motivaatiota toimia oikein. Heidän mukaansa tiettyä käyttäytymistä harjoiteltaessa on tarpeen palkita ensin ulkoisilla ja aineellisilla palkkioilla mutta myö-

hemmin, kun lapsi on saanut tarpeeksi kokemuksia onnistumisesta ja oppinut oman käyttäytymisen säätelyä, palkkioille toiminnasta ei ole enää tarvetta (Serenius-Sirve & Kippola-Pääkkönen, 2012). Greene (2010) puolestaan esittää, että palkkiotaulut eivät olisi oikea tapa opettaa lapselle järjestelmällisempää ja vähemmän impulsiivista käyttäytymistä, sillä palkitsemista ja rankaisemista käyttämällä lapsi ei opi joustavuutta eikä turhautumisen sietämistä. Rankaisemisella ja palkkiotta jättämisellä on hänen mukaansa turhautumista entisestään lisäävä vaikutus lapseen. Greenen mielestä tärkeämpää on opettaa lapselle taitoa etäännyttää itsensä turhautumisen synnyttämistä tunteista. Tunnereaktioiden eriyttäminen auttaa lasta puolueettomien, järkevien ja loogisten ratkaisujen miettimisessä ongelmatilanteissa (Greene, 2010, s. 37–38, 73).

5.2 Toiminnanohjauksen tukeminen

Närhen (2006) mukaan toiminnanohjaus tarkoittaa kykyä oman toiminnan säätelyyn tilanteen vaatimusten mukaiseksi. Kyky on riippuvainen iästä ja mitä nuorempi lapsi on, sitä enemmän hänen toimintansa ohjautuu välittömän ympäristön tekijöiden ja toiminnasta saatavan palautteen perusteella. Kasvaessaan lapsen toiminnan säätelystä tulee sisäistynyttä ja toimintaa alkaa ohjata oman toiminnan arviointi sekä itselle annetut palautteet (Närhi, 2006). Toiminnanohjaustaitojen kehittyminen on nopeaa neljännen ja kuudennen ikävuoden välillä (Närhi ym., 2019). Vaikeudet toiminnanohjauksessa näkyvät epätarkoituksenmukaisena ja epäloogisena käyttäytymisessä etenkin tilanteissa, joihin ei ole vielä muodostunut vakiintuneita toimintamalleja, tai joissa vanhat mallit ovat häiritseviä tai eivät toimi riittävästi (Puustjärvi, 2017, s. 13). Opettajan tulee tiedostaa, että lapsi ei toimi tahallaan väärin, vaan hänellä ei vain ole tarvittavia kykyjä oikein toimimiseen ja siksi häntä täytyy tukea.

Toiminnanohjaustaidot koostuvat työmuistista, joustavuudesta eli kyvystä vaihtaa kognitiivista toimintatapaa sekä inhibitiosta eli kyvystä eriyttää tunnereaktio (Miyake, Friedman, Emerson, Witzki & Howerter, 2000). Kognitiivisten harjoitteluohjelmien, jotka painottuvat etenkin työmuistin harjoittamiseen, on todettu tukevan ADHD-oireisten lasten toiminnanohjausta ja kognitiivisella harjoittelulla on myös todettu olevan yhteys tarkkaamattomuusoireiden vähenemiseen (Scionti, Cavallero, Zogmaister & Marzocchi, 2020). Ulkoinen ohjaus on olennainen osa lapsen toiminnanohjausta, silloin kun siinä ilmenee haasteita (Serenius-Sirve & Kippola-Pääkkönen, 2012). Sandberg (2018) painottaa ADHD-oireisen lapsen tarvetta aikuisen selkeälle ja hitaalle ohjaukselle tilanteisiin, jotka vaativat kykyä aloittaa itsenäisesti asioita ja muistaa ohjeistuksia. Toimintaohjeet kannattaa jakaa osiin antamalla lisää ohjeita vasta siinä vaiheessa,

kun lapsi on ehtinyt toimia edellisen ohjeen mukaisesti. Ohjeita antaessa kannattaa käyttää lapsen nimeä, katsekontaktia ja kevyttä kosketusta. Lasta on hyvä pyytää toistamaan ohje, sillä se auttaa muistamisessa ja lapsi oppii samalla ohjaamaan itseään aloittamaan toiminnan puhetta käyttäen (Sandberg, 2018, s. 42–43). On hyödyllistä, jos säännöt ja ohjeet ovat lisäksi konkreettisesti kuvattuna visuaalisissa muistuttajissa (Barkley, 2008, s. 296). Ohjeiden on oltava konkreettisia, suoria ja tilanteeseen liittyviä, jotta lapsi kykenee ymmärtämään, millaista toimintaa häneltä odotetaan (Serenius-Sirve & Kippola-Pääkkönen, 2012).

Greenen (2010, s. 34) mukaan toiminnasta toiseen siirtyminen edellyttää ajattelutavan muutosta, mikä on hankalaa lapsille, joilla on hankaluuksia toiminnanohjaustaitojen kanssa. Sandberg (2018) kirjoittaa, kuinka siirtymätilanteissa aktiivisen ja impulsiivisen lapsen haasteet toiminnasta toiseen vaihtamisessa voivat näkyä hermostumisena. Opettajan tulee ennakoida tilanteet, ohjata lasta kahden kesken sekä luoda tilanteisiin turvallinen struktuuri. Jos lapsella on vaikeuksia hahmottaa toiminnan kestoa, voidaan hyödyntää visuaalisia apuvälineitä, kuten erilaisia lapsille suunniteltuja kelloja (Sandberg, 2018, s. 44). Barkleykin (2008) korostaa ennakkoinnin olevan avainasemassa siirtymävaiheissa. Hänen mukaansa lapsen voi varmistaa tietävän mitä seuraavaksi tulee tapahtumaan antamalla ennakkovaroituksen muutamaa minuuttia ennen toiminnasta toiseen siirtymistä sekä kertaamalla säännöt ennen uuteen toimintaan siirtymistä siten, että lasta pyydetään toistamaan säännöt (Barkley, 2008, s. 242, 297).

Toiminnanohjaustaitoja voidaan tukea myös strukturoimalla toimintaa. Hyvinvoinnin ylläpidossa auttaa päivärytmi, joka on riittävän ennustettava ja säännöllinen. (Puustjärvi, Voutilainen & Pihlakoski, 2018). Säännöllisesti toistuvat rutiinit auttavat lasta ennakoimaan tulevia tapahtumia ja luovat tunteen elämän jatkuvuudesta (Suhonen, 2008). Serenius-Sirven ja Kippola-Pääkkösen (2012) mukaan lasta auttaa ulkoinen struktuuri, jonka avulla selkiytetään ja jäsenellään tapahtumia vastaten kysymyksiin: mitä, missä, kenen kanssa, kuinka kauan ja miten toimitaan sekä mitä sen jälkeen tapahtuu. Struktuuria rakennetaan karsimalla ympäriltä ylimääräiset ärsykkeet, jäsentämällä päiväohjelma ja työtehtävät kuvittamalla, pitämällä työvälineet omilla paikoillaan sekä mahdollisesti käyttämällä erilaisia ajanhallintaan suunniteltuja ohjelmia (Serenius-Sirve & Kippola-Pääkkönen, 2012). Päiväkodeissa lasten päivän rakenteen hahmotamista onkin usein helpottamassa seinältä löytyvä kuvitettu päivästruktuuri.

Puustjärven, Voutilaisen ja Pihlakosken (2018) mukaan ADHD-oireiden hallinta edellyttää yleisestä hyvinvoinnista huolehtimista, sillä vähäinen uni tai liikunta voivat voimistaa oireita.

Gapinin ja Etnierin (2010) sekä Changin, Liun, Yun ja Leen (2012) tutkimusten mukaan fyysillä aktiivisuudella on yhteys parempaan suoriutumiseen toiminnanohjausta vaativissa tehtävissä ADHD-diagnosoituilla lapsilla. Hansen (2018) kirjoittaa liikunnan merkityksen ADHD-oireiden vähentämiseen perustuvan liikuntasuorituksen aikana aivoissa kasvaviin dopamiinitasoihin. Dopamiinitasot ovat korkeimmillaan, kun suorituksesta on kulunut 15-60 minuuttia. Liikunnalla on siis samankaltainen vaikutus aivoihin kuin dopamiinin määrää aivoihin lisäävillä ADHD-lääkkeillä (Hansen, 2018, s. 124). Varhaiskasvatuksessa aamupäivän ulkoilu kannattaa sijoittaa päiväjärjestykseen ennen varsinaista suunniteltua toimintaa, jotta lapset saavat mahdollisuuden ylimääräisen energia purkamiseen ennen suunniteltua toimintahetkeä ja pystyvät keskittymään toiminnanohjausta vaativiin tehtäviin paremmin.

5.3 Tarkkaavuuden ongelmien huomioiminen

Ongelmat tarkkaavuuden säätelyssä voivat näkyä esimerkiksi vaikeutena keskittyä, häiriöherkkyytenä, tekemisen kesken jättämisenä, lyhytjänteisyytenä ja unohteluna, mutta myös niin intensiivisenä toimintaan keskittymisenä, että kaikki muu ympärillä tapahtuva unohtuu (Parikka & Halonen-Malliarakis, 2017, s. 177). ADHD-oireiset lapset tarvitsevat tavallista enemmän muistuttelua siitä, mitä heidän pitäisi milloinkin olla tekemässä (Barkley, 2008, s. 68). Sandberg (2018) painottaa, että ADHD-lapsen erilaiset toimintamuodot ja leikkimisen harjoittelu tulisi sallia. Vaikka lapsen leikkitoiminta näyttäisi aikuisen silmään paikasta toiseen vaeltelulta vailla keskittymistä, on tapa mieluinen yliaktiiviselle lapselle ja opettajan tulee tarjota monipuolisia tekemisen mahdollisuuksia (Sandberg, 2018, s. 37). Serenius-Sirve ja Kippola-Pääkkönen (2012) korostavat kuitenkin, että aikuisen tulisi auttaa lasta suunnitelmalliseen tekemiseen sitoutumisessa esimerkiksi osallistumalla leikkiin ja sitä kautta tukea lapsen keskittymiskyvyn kehittymistä.

Varhaiskasvatussuunnitelman perusteiden (2018) mukaisesti lasten mielenkiinnonkohteet ovat lähtökohtana oppimiselle ja toimivat pohjana toiminnan suunnittelulle. Uusilla opittavilla asioilla tulee olla yhteys lapsen kokemusmaailmaan (Opetushallitus, 2018, s. 22, 37). Tehtävien uudistamisella ja mielenkiintoisuuden sekä stimuloivuuden, eli värien, muotojen ja koostumuksen, lisäämisellä vaikuttaa olevan häiritsevää käytöstä vähentävä vaikutus sekä se parantaa myös tarkkaavuutta ja suorituksia yleisesti ottaen ADHD-lapsilla (Barkley, 2008, s. 288). Sandbergin (2018) mukaan toiminta kannattaa suunnitella niin, että lapset, joille tarkkaavuuden ylläpito on vaikeaa, saavat toiminnan, pelin, leikin tai askartelun tehtyä. Toimintaa voidaan jakaa

useammalle päivälle, jolloin lapsi saa onnistumisen kokemuksia saadessaan työn tehdyksi tarkkaavuutensa rajoissa (Sandberg, 2018, s. 43). Myös Barkley (2008, s. 289) korostaa, kuinka tehtävien suorittamisaika tulisi pitää lyhyenä ja tehtävissä onnistumisesta olisi hyvä antaa heti palautetta. Päivittäiset onnistumisen kokemukset motivoivat, suojaavat pettymykseltä ja mahdolliselta negatiiviselta tunteenpurkaukselta sekä luovat oleellisen tuen lapsen kasvua, oppimista, osallistumista ja kokonaisvaltaista psyykkistä kehitystä ajatellen (Sandberg, 2018, s. 43).

Ympäristötekijät vaikuttavat tarkkaavuuden ylläpitoon. Niillä on vaikutusta ADHD-oireiden voimakkuuteen ja usein oireet näyttäytyvät vahvempina ryhmätilanteissa verrattuna kahdenkeskisiin tilanteisiin (Puustjärvi, 2017, s. 33). Moilanen (2012) listaa oireilua pahentaviksi ympäristötekijöiksi ison ryhmäkoon, äänekkään ja paljon liikettä sisältävän ympäristön sekä runsaat yksityiskohdat. ADHD-oireisten lasten keskuudessa hieno- ja karkeamotoriikan sekä aistitiedon käsittelyn ongelmien esiintyvyys on noin 30-50% (ADHD: Käypä hoito -suositus, 2019). Sandbergin (2018) mukaan ADHD-oireiset lapset reagoivat helposti erilaisiin aistiärsykkeisiin, kuten ääniin, kosketukseen, tuoksuihin ja kirkkaisiin valoihin, mikä saattaa näkyä tietyissä ympäristöissä levottomuutena ja toisissa rauhallisuutena. Ympäristötekijät voivat kuormittaa lasta jopa niin paljon, että käyttäytyminen muuttuu aggressiiviseksi (Sandberg, 2018, s. 48). Lapsen levoton, rajoja etsivä ja huomionhakuinen toiminta runsaasti ärsykeitä sisältävissä ryhmätilanteissa ja etenkin uusissa tilanteissa johtuu normaalisti siitä, että lapsella ei ole keinoja vastata tilanteen vaatimuksiin tai hän ei tiedä millaista toimintaa häneltä odotetaan (Serenius-Sirve & Kippola-Pääkkönen, 2012).

Aistiärsykkeiden rajaaminen ympäristöstä voi vähentää lapsen levottomuutta ja keskittymisongelmia (Sandberg, 2018, s. 48). Parikka ja Halonen-Malliarakis (2017) painottavat kuitenkin, että ihmiset reagoivat yksilöllisesti erilaisiin ärsykkeisiin. Liialliset tai vääräkaltaiset ärsykkeet voidaan kokea toimintakykyä häiritseväksi niiden viedessä huomion pois varsinaisesta asiasta tai nostaessa liikaa stressi- ja vireystilaa mutta liian vähäiset ärsykkeet taas saattavat hankaloittaa vireystilan säätelyä (Parikka & Halonen-Malliarakis, 2017, s. 112). Serenius-Sirven ja Kippola-Pääkkösen (2012) mukaan toimintaympäristö on selkeä silloin, kun sen sisältämät huomiosta kilpailevat ärsykkeet on minimoitu. Lasta autetaan kohdistamaan tarkkaavuus menellään olevan tehtävän kannalta merkityksellisiin tekijöihin selkeyttämällä arjen toimintaympäristöä, minkä johdosta tehtävä on helpompi saada alkuun sekä tehdä loppuun ja sitä kautta päästä tavoitteisiin (Serenius-Sirve & Kippola-Pääkkönen, 2012).

Myös luonnossa liikkumisen on tutkittu olevan yhteydessä tarkkaavuuteen. Taylorin ja Kuon (2009) tutkimuksen mukaan puistossa käveleminen ennen tarkkaavuutta vaativaa toimintaa paransi alakoululaisten ADHD-diagnosoitujen lasten keskittymistä. He korostavat luonnossa liikkumisen merkitystä oireiden vähentämisen lisäksi myös siksi, että se lisää fyysistä aktiivisuutta ja siitä saatuja hyötyjä (Taylor & Kuo, 2009). Sandbergin (2018) mukaan lapsi, jonka käyttäytymisessä on merkkejä yliaktiivisuudesta, tarvitsee runsaasti motorista toimintaa ja monipuolista liikuntaa. Varhaiskasvatusympäristössä on mahdollistettava tilaisuuksia energian purkamiseen, sillä se helpottaa myös keskittymistä muuhun toimintaan (Sandberg, 2018, s. 37).

Varhaiskasvatussuunnitelman perusteissa (2018) painotetaan myös omaehtoisen liikunnan mahdollisuuksia niin sisällä kuin ulkonakin ohjatun liikunnan lisäksi. Fyysisellä aktiivisuudella nähdään olevan yhteys lapsen terveeseen kasvuun, kehitykseen, oppimiseen ja hyvinvointiin (Opetushallitus, 2018, s. 47–49). Tutkimukset liikunnan merkityksestä vahvistavat ajatusta siitä, että varhaiskasvatuksessa on tarpeen hyödyntää toiminnallisuutta opetuksessa. Man, Le Maren ja Gurdin (2015) tutkimuksessa todettiin luokassa toteutettavan neljän minuutin korkean intensiteetin taukoliikunnalla olevan parantava vaikutus valikoivaan tarkkaavuuteen tutkittavilla 9–11-vuotiailla lapsilla. Myös Barkley (2008, s. 289) toteaa lyhyiden liikuntahetkien lisäämisen oppitunneille voivan vähentää ADHD-oppilaiden väsymyksen tunnetta ja tylsistymistä sekä parantaa keskittymistä. Vaikka he puhuvatkin opetuksesta koulun puolella, myös varhaiskasvatuksessa toimintatuokiot olisi hyvä suunnitella siten, että ne sisältävät mahdollisimman vähän istumista ja odottelua ja mahdollisimman paljon mahdollisuuksia liikkumiselle.

5.4 Myönteinen vuorovaikutus ja vahvuuksien tunnistaminen

Lapsen käsitys itsestään ja toiminnastaan muovautuu aikuisen antaman palautteen ja odotusten avulla, mikä luo perustaa lapsen itsetuntemukselle (Suhonen, 2014). Palautteen kautta lapsi oppii pohtimaan, mitkä tekijät ovat yhteydessä onnistumisiin ja epäonnistumisiin (Serenius-Sirve & Kippola-Pääkkönen, 2012). Barkleyn (2008) mukaan positiivisella opettaja–oppilas -suhteella voi olla vaikutuksia lapsen akateemiseen ja sosiaaliseen sopeutumiseen. Aikuiset, jotka ovat lapsena saaneet ADHD-diagnoosin, ovat nostaneet esiin opettajan välittävän asenteen, ylimääräisen huomion ja ohjauksen merkittävänä tekijänä lapsuuden vaikeuksista selviämisessä (Barkley, 2008, s. 277–278).

Varhaiskasvatussuunnitelman perusteissa (2018, s. 22) painotetaan positiivisia tunnekokemuksia ja vuorovaikutussuhteita oppimisen edistäjänä. Opettajan on oltava tietoinen tavastaan olla

vuorovaikutuksessa lasten kanssa ja kyettävä tarkastelemaan omia toimintatapojaan kriittisesti. Sandbergin (2018) mukaan ADHD-oireinen lapsi saa usein toiminnastaan kielteistä palautetta, ja aikuiset käyttävät lapsen toimintaa ohjatessaan paljon kieltoja. Hän korostaa vahvistuvan negatiivisuuden kehän vaikutusta moninaisiin ongelmiin, lapsen heikkoon itsetuntoon ja psyykkistä kehitystä vaurioittavaan negatiiviseen minäkäsitykseen. Pelko negatiivisesta palautteesta voi johtaa lapsen haluttomuuteen yrittää ollenkaan ja palaute muovaa lapsen käsitystä omista kyvyistään kielteiseen suuntaan (Sandberg, 2018, s. 49–50). ADHD-oireiset lapset tarvitsevat myönteistä palautetta myös sellaisista asioista, joita muut saman ikäiset eivät enää tarvitse (Serenius-Sirve & Kippola-Pääkkönen, 2012).

Itsetunnon vahvistamisella ja kannustavalla palautteella on suuri merkitys etenkin tukea tarvitsevan lapsen opetuksessa ja kasvatuksessa (Sandberg, 2018; Parikka & Halonen-Malliarakis, 2017). Negatiivisen palautteen sijaan lapsille tulisi opettaa aikuisen ohjauksella toimivia toimintamalleja ja -strategioita sekä omien vahvuuksien tiedostamista ja tunnistamista (Sandberg, 2018, s. 50). Myös Parikka & Halonen-Malliarakis (2017) painottavat kannustavaa palautetta ja hyväksyvää kohtaamista itsetunnon kehittymiselle keskeisinä asioina. Epäonnistumisiakin kuuluu käsitellä, mutta oleellista on rakentava palaute, joka mahdollistaa virheistä oppimisen. Hyväksynnän tunteen lisäämä turvallisuuden tunne kannustaa yrittämään ja sallii riskin ottamisen, vaikka on olemassa myös mahdollisuus epäonnistua (Halonen-Malliarakis, 2017, s. 150–151). Varhaiskasvatussuunnitelman perusteissakin (2018, s. 22) tunnistetaan hyvinvoinnin ja turvallisuuden tunteen vaikutus oppimiseen.

Omien vahvuuksien löytämistä ja erilaisuuden hyväksymistä voidaan tukea vahvistamalla kokemusta ryhmään kuulumisesta (Sajaniemi & Mäkelä, 2015). Vahvuuksien tunnistamisella on monia hyötyjä. Lapsen pätevyys ja toimijuus vahvistuvat vahvuuksien tunnistamisen kautta (Viittala, 2008). Oppiakseen oman toiminnan ohjaamista sekä itsensä myönteistä arviointia ja arvostamista on etenkin erityisen tuen tarpeisten oppilaiden todettu tarvitsevan oman osaamisen ja vahvuuksien tunnistamista (Hotulainen & Lappalainen, 2009). Vahvuuksiin pohjautuva kasvatusta sekä kannustava palaute auttavat ehkäisemään lapsen alisuoriutumista ja tukevat psyykkistä kasvua ja kehitystä (Sandberg, 2018, s. 51). Omien vahvuuksien tunnistamisella on todettu olevan yhteys yksilön psyykkiseen ja fyysiseen hyvinvointiin sekä itsetuntoon (Proctor, Maltby & Linlye, 2011). Hotulaisen, Lappalaisen ja Soinnun (2015) mukaan omat vahvuutensa tunteva lapsi osaa hyväksyä kehittymistarpeensa ja ymmärtää mihin taidoistaan, kyvyistään tai minäkäsityksen osa-alueistaan hän kykenee itse vaikuttamaan. Vahvuuksien tunnistaminen auttaa

myös näkemään epäonnistumiskokemukset elämään kuuluvina oppimistilanteina ja lannistumisen sijaan lapsi pystyy luottamaan omiin kykyihinsä ja yrittämään uudelleen tavoitteiden saavuttamiseksi (Hotulainen, Lappalainen & Sointu, 2015).

6 POHDINTA

Tutkimuksessani selvisi, että ADHD-oireinen lapsi tarvitsee opettajan tukea kehittääkseen itsesäätelytaitojaan, toiminnanohjaustaitojaan sekä kykyään pitää tarkkaavuutta yllä. Tutkimusaineistosta esiin nousseet itsesäätelytaitojen, toiminnanohjauksen ja tarkkaavuuden tukemisen menetelmät liittyivät pääosin oppimisympäristön muokkaamiseen, lapselle annettavaan palautteeseen ja ohjaukseen sekä aikuisen tukeen sosiaalisissa vuorovaikutustilanteissa. Kun lapselle annetaan pitkäkestoisesti oikeanlaista tukea, uskon hänen oppivan vähitellen tarkastelemaan myös omaa käytöstään ja siihen vaikuttavia tekijöitä, jolloin hän pystyisi myös säätelemään omaa toimintaansa paremmin. Tuloksissa korostui toivotun käytöksen välitön vahvistaminen motivoivalla ja myönteisellä palautteella. Vaikka tavoitteena on saada lapsi käyttäytymään tietynlaisella yleisesti hyväksyttävällä tavalla, tulee opettajan luoda mahdollisuuksia myös lapsen vahvuuksien hyödyntämiselle. ADHD-oireinen lapsi saattaa esimerkiksi hyötyä aktiivisuudestaan liikuntalajeissa ja saada sitä kautta onnistumisen kokemuksia. Tutkimustulosten mukaan tukemisen tulee perustua myönteiseen vuorovaikutukseen ja vahvuuksien tunnistamiseen, sillä ne tukevat lapsen itsetunnon kehittymistä ja niiden kautta lapsi oppii ohjaamaan ja arvioimaan omaa toimintaansa. Vahvuuksien tunnistaminen luo lapselle myös kuvaa siitä, että oireet eivät ole vikoja vaan yksilöllisiä eroavaisuuksia. Se parantaa myös erilaisuuden ymmärtämistä koko lapsiryhmässä.

Erilaisia konkreettisia tukemisen keinoja löytyi lähteistä runsaasti, mutta odotin löytäväni enemmän tutkimustietoa yksittäisten tukemisen keinojen tehoamisesta. Oppaista löytyy paljon käytännöllisiä tukemisen keinoja, mutta ongelmana on, että niistä ei ole nähtävillä onko esiin tuotujen tukemisen menetelmien toimivuutta tutkittu tieteellisesti. Luotettavuutta parantaa kuitenkin se, että samoja tukimenetelmiä nostettiin esiin useammissa lähteissä, kuten esimerkiksi uusissa käsikirjoissa, joita voidaan pitää tieteellisenä lähteenä (Metsämuuronen, 2011, s. 45). Osalle tukimenetelmistä löytyi myös näyttöä tutkimuksista. Näistä selkeimpänä esiin nousi liikunnan yhteys ADHD-oireiden vähentämiseen. Löysin tutkimuksia, joiden mukaan liikunnalla vaikuttaa olevan yhteys sekä itsesäätelytaitoihin, toiminnanohjaukseen että tarkkaavuuteen.

Tutkimusta tehdessäni huomasin, kuinka varhaiskasvatusikäisiä ADHD-oireisia lapsia on tutkittu yllättävän vähän tukikeinojen näkökulmasta kouluikäisiin verrattuna. Yksi syy tähän on varmasti se, että monesti ADHD-oireet nousevat vielä vahvemmin esiin koulun aloituksen jälkeen, sillä ohjeet alkavat olla moniosaisempia, mikä vaikeuttaa tehtävien suunnittelua, toteut-

tamista ja loppuun saattamista (Moilanen, 2012). Koulu nähdään ehkä myös enemmän tietynlaista käyttäytymistä edellyttävänä instituutiona ja oppituntien struktuurit ovat selkeämmin rakentuneita ja toistuvampia, kun taas varhaiskasvatuksessa lasten toiminta on vapaampaa. Tällä saattaa olla vaikutusta siihen, että tutkimusta on helpompaa tehdä koulun puolella. Tymmsin ja Merrelin (2006) sekä Sayalin ja kollegoiden (2010) tutkimukset koulupohjaisten interventioiden toimivuudesta varhaiskasvatusikäisten kanssa perustuivat siihen, että opettajille jaettiin tutkimukseen perustuvia ohjeita ADHD-lasten kanssa toimimiseen, mutta tutkimuksista ei ilmennyt tarkemmin, mitä menetelmiä opettajat käyttivät.

Edeltävän perusteella aihe kaipaisi lisää tutkimusta. Jatkotutkimuksena olisi mielekästä selvittää joko varhaiskasvatuksen opettajien tai ADHD-oireisten lasten tai heidän perheidensä henkilökohtaisia kokemuksia toimivista tukikeinoista. Etenkin lasten näkökulmasta tehtyä tutkimusta on saatavilla vähän, joten heidän näkemystään olisi tarpeen tuoda esille enemmän. Toinen mahdollinen jatkotutkimuksen aihe olisi tutkimuksessa esiin tulleiden yksittäisten tukkeiden toimivuuden tarkempi tutkiminen. Aiheen tutkiminen vaatisi seuranta-aikaväliltä, jotta voitaisiin sanoa, onko tukimenetelmien käytöllä ollut pidempiaikaista vaikutusta ADHD-oireiden vähenemiseen. Mahdollisia muutoksia oireissa ei välttämättä olisi mahdollista selittää vain testatuilla tukimenetelmillä, sillä muutkin ympäristötekijät voivat vaikuttaa lapsen toimintaan etenkin, jos tutkimus toteutetaan varhaiskasvatusympäristössä. Jos taas tutkimusta tehdään rajatuissa olosuhteissa, eivät tulokset ole sellaisinaan yleistettävissä arjen tilanteisiin. Asian tutkiminen voisi olla haasteellista myös sen takia, että tutkittavien joukkojen tulisi olla tarpeeksi laajoja, jotta tuloksista voitaisiin tehdä yleistyksiä toimivuudesta. Tämäkään ei takaisi sitä, että kaikki toimintatavat toimitaisivat kaikille ADHD-oireisille lapsille, sillä lapset ovat yksilöitä.

Toimivien käyttäytymiseen vaikuttavien interventioiden suunnittelussa on oleellista selvittää ensin, mitkä tekijät vaikuttavat lapsen käytösongelmiin ja suunnitella sen pohjalta yksilölliset tukitavat kullekin lapselle (Boyajian, DuPaul, Handler, Eckert & McGoey, 2001). Närhi ja kollegat (2019) kirjoittavat Suomessa olevan käytössä normitettu Klenbergin ja kollegoiden kehittämä kyselylomake pienten lasten keskittymiskysely eli PikkuKesky, jonka avulla opettaja voi arvioida varhaiskasvatusikäisen lapsen impulsiivisuutta, häiriöherkkyyttä, tarkkaavuuden ylläpitämistä ja toiminnan aloitteellisuuteen liittyvää käyttäytymistä. Kyselylomakkeen avulla selvitetään mihin tukea olisi tarpeen kohdentaa (Närhi ym., 2019).

LÄHTEET

- ADHD (aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö). Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Lastenneurologinen yhdistys ry:n, Suomen Lastenpsykiatriyhdistyksen ja Suomen Nuorisopsykiatrisen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2019. [Viitattu 14.5.2019] Haettu osoitteesta <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituks/suositus?id=hoi50061#s10>
- Aro, T. (2012). ADHD itsesäätelykyvyn vaikeutena. Teoksessa Dufva, V. & Koivunen, M. (toim.) *ADHD: diagnosointi, hoito ja hyvä arki* (s. 51–59). Jyväskylä: PS-kustannus.
- Barkley, R. A. (2008). ADHD: Kuinka hallita ADHD. Kuopio: Unipress.
- Barkley, R. A. (2015). History of ADHD. Teoksessa Barkley, R. (toim.) *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A Handbook for Diagnosis & Treatment (Fourth Edition)* (s. 3–50). New York: The Guilford Press.
- Barkley, R. A. ym. (2002). International consensus statement on ADHD. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 5(2), 89–111. doi:10.1023/A:1017494719205
- Berggren, K. (2018). Lapsen itsesäätelykyky ja ADHD. Teoksessa Berggren, K. & Hämäläinen, J. (toim.) *ADHD-käsikirja* (s. 119–139). Jyväskylä: PS-kustannus.
- Binder, L. M., Dixon, M. R., & Ghezzi, P. M. (2000). A procedure to teach selfcontrol to children with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 33, 23-237.
- Boyajian, A. E., DuPaul, G. J., Handler, M. W., Eckert, T. L., & McGoey, K. E. (2001). The Use of Classroom-based Brief Functional Analyses with Preschoolers At-risk for Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *School Psychology Review*, 30(2), 278.
- Chang, Y-K., Liu, S., Yu, H-H. & Lee, Y. (2012). Effect of acute exercise on executive function in children with attention deficit hyperactivity disorder. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 27(2), 225-237. doi:10.1093/arclin/acr094
- Dreyer, B.P. (2006). The Diagnosis and Management of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Preschool Children: The State of Our Knowledge and Practice, *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care* (s. 6–30), Volume 36, Issue 1, doi:10.1016/j.cppeds.2005.10.001.
- DuPaul, G. J., McGoey, K. E., Eckert, T. L., & VanBrakle, J. (2001). Preschool children with attention-deficit/hyperactivity disorder: impairments in behavioral, social, and school functioning. *Journal Of The American Academy Of Child And Adolescent Psychiatry*, 40(5), 508–515.

- Eskola, J. & Suoranta, J. (1998). Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Tampere: Vastapaino.
- Gapin, J.I., & Etnier, J.L. (2010). The relationship between physical activity and executive function performance in children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 32(6), 753–763. doi: 10.1123/jsep.32.6.753
- Gaub, M. & Carlson, C. L. (1997). Gender differences in ADHD: A meta-analysis and critical review. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36, (s. 1036–1045). doi:10.1097/00004583-199708000-00011
- Greene, R. (2010). Tulistuva lapsi: Uusi lähestymistapa helposti turhautuvien ja joustamattomien lasten ymmärtämiseen ja kasvattamiseen. Helsinki: Finn Lectura 2006.
- Hansen, A. (2018). ADHD voimavarana: Missä kohtaa kirjoja olet? Jyväskylä: Atena Kustannus Oy.
- Honkasilta, J. (2016). Voices Behind and Beyond the Label – The Master Narrative of ADHD (De)constructed by Diagnosed Children and Their Parents. Jyväskylä: University of Jyväskylä.
- Honkasilta, J., Sandberg, E., Närhi, V., & Jahnukainen, M. (2014). ADHD in the context of Finnish basic education. *Emotional & Behavioural Difficulties*, 19(3), 311–323. doi:http://dx.doi.org/10.1080/13632752.2014.883789
- Hotulainen, R., Lappalainen, K. & Sointu, E. (2015). Lapsen ja nuoren vahvuuksien tunnistaminen. Teoksessa Uusitalo-Malmivaara, L. (toim.) *Positiivisen psykologian voima* (s. 264–280). Jyväskylä: PS-kustannus.
- Hotulainen, R. & Lappalainen, K. (2009). Sosioekonominen tausta ja osa-aikaiseen erityisopetukseen osallistuminen selittämässä nuorten aikuisten vahvuuksia sekä koulutukseen ja työelämään sijoittumista. *Kasvatus: Suomen kasvatustieteellinen aikakauskirja*, 40(2), 131–145
- Huikko, E., Kovanen, L., Torniainen-Holm, M., Vuori, M., Lämsä, R., Tuulio-Henriksson, A. & Santalahti, P. (2017). Selvitys 5–12-vuotiaiden lasten mielenterveyshäiriöiden hoito- ja kuntoutuspalvelujärjestelmästä Suomessa. Raportti 14/2017. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.
- Huttunen, M. (2018). ADHD aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö. Lääkärikirja Duodecim. [Viitattu 14.5.2019] Haettu osoitteesta: https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00353
- Laajarinne, J. (2011). Leikkiminen kielletty! Kontrolliyhteiskunnan lapset. Jyväskylä: Atena Kustannus Oy.

- Ma, J. K., Le Mare, L., & Gurd, B. J. (2015). Four minutes of in-class high-intensity interval activity improves selective attention in 9- to 11-year olds. *Applied Physiology, Nutrition & Metabolism*, 40(3), 238–244. <https://doi-org.pc124152.oulu.fi:9443/10.1139/apnm-2014-0309>
- McGoey, K. E., DuPaul, G. J. (2000). Token Reinforcement and Response Cost Procedures: Reducing the Disruptive Behavior of Preschool Children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *School Psychology Quarterly*, 15, 330–343.
- McGoey, K. E., Eckert, T. L., & Dupaul, G. J. (2002). Early Intervention for Preschool-Age Children with ADHD: A Literature Review. *Journal of Emotional & Behavioral Disorders*, 10(1), 14. <https://doi.org/10.1177/106342660201000103>
- Metsämuuronen, J. (2011). Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä: Tutkijalaitos (4. korjattu laitos.). Helsinki: International Methelp.
- Michelsson, K. (2001). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Minimal Brain Dysfunction – symptomatology and diagnostics. Teoksessa Michelsson, K. & Stenman, S. (toim.) *The Many Faces of Attention Deficit/Hyperactivity Disorder* (s. 9–18). Helsinki: The Signe and Ane Gyllenberg Foundation.
- Michelsson, K., Saresma, U., Valkama, K. & Virtanen, P. (2001). MBD ja ADHD: diagnosointi, kuntoutus ja sopeutuminen. Jyväskylä: PS-kustannus.
- Miyaki, A., Friedman, N.P., Emerson, M.J., Witzki, A.H. & Howerter, A. (2000). The Unity and Diversity of Executive Functions and Their Contributions to Complex "Frontal Lobe" Tasks: A Latent Variable Analysis. *Cognitive Psychology* 41,49–100. doi:10.1006/cogp.1999.0734
- Moilanen, I. (2012). ADHD. Teoksessa Dufva, V. & Koivunen, M. (toim.) *ADHD: diagnosointi, hoito ja hyvä arki* (s. 35–43). Jyväskylä: PS-kustannus.
- Moilanen, I. (2012) Lapsen ADHD. Teoksessa Teoksessa Dufva, V. & Koivunen, M. (toim.) *ADHD: diagnosointi, hoito ja hyvä arki* (s. 135–151). Jyväskylä: PS-kustannus.
- Närhi, V., Karhu, A., Klenberg, L., Paananen, M. & Puustjärvi, A. (2019). Tarkkaavuuden, itsesäätelyn ja toiminnanohjauksen vaikeudet. Teoksessa Ahonen, T., Aro, M., Aro, T., Lerkkanen, M-K. & Siiskonen, T. (toim.) *Oppimisen vaikeudet* (s. 350–373). Jyväskylä: Niilo Mäki Instituutti.
- Närhi, V. & Klenberg, L. (2010). ADHD – tutkimuksellinen mysteeri, käytännössä kaikille tuttu. *NMI-bulletin*, 20(3), 29–37.

- Närhi, V. (2006). Tarkkaavuushäiriöt. Teoksessa Laukkanen, E., Marttunen, M., Miettinen, S. & Pietikäinen, M. (toim.) *Nuoren psyykkisten ongelmien kohtaaminen*. (s. 90–99). Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Opetushallitus. (2014). Esiopetuksen opetussuunnitelman perusteet. [Viitattu 20.2.2020]. Haettu osoitteesta: https://www.oph.fi/sites/default/files/documents/esiopetuksen_opetussuunnitelman_perusteet_2014.pdf
- Opetushallitus. (2018). Varhaiskasvatussuunnitelman perusteet. [Viitattu 20.2.2020]. Haettu osoitteesta: https://www.oph.fi/download/195244_Varhaiskasvatussuunnitelman_perusteet19.12.2018.pdf
- Parikka, J., Halonen-Malliarakis, N. (2017). Keinoja ja välineitä. Teoksessa Parikka, J., Halonen-Malliarakis, N. & Puustjärvi, A. *Vaikeudesta voimaksi: Neuropsykiatriset häiriöt ja niiden huomioiminen koulussa (1. painos.)* (s. 146–182). Helsinki: Finn Lectura.
- Parikka, J., Halonen-Malliarakis, N. (2017). Oppimisen ja koulunkäynnin tukeminen. Teoksessa Parikka, J., Halonen-Malliarakis, N. & Puustjärvi, A. *Vaikeudesta voimaksi: Neuropsykiatriset häiriöt ja niiden huomioiminen koulussa (1. painos.)* (s. 94–107). Helsinki: Finn Lectura.
- Parikka, J., Halonen-Malliarakis, N. (2017). Pedagogisia ratkaisuja ja tukitoimia koko ryhmälle. Teoksessa Parikka, J., Halonen-Malliarakis, N. & Puustjärvi, A. *Vaikeudesta voimaksi: Neuropsykiatriset häiriöt ja niiden huomioiminen koulussa (1. painos.)* (s. 108–145). Helsinki: Finn Lectura.
- Piepmeyer, A. T., Shih, C., Whedon, M., Williams, L. M., Davis, M. E., Henning, D. A., . . . Etnier, J. L. (2015). The effect of acute exercise on cognitive performance in children with and without ADHD. *Journal of Sport and Health Science*, 4(1), 97–104. doi:10.1016/j.jshs.2014.11.004
- Pihlakoski, L. & Rintahaka, P. (2016). Aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö (ADHD). Teoksessa Kumpulainen, K., Aronen, E., Ebeling, H., Laukkanen, E., Marttunen, M., Puura, K. & Sourander, A. (toim.) *Lastenpsykiatria ja nuorisopsykiatria*. (s. 243–253). Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Pihlava, M. (2018). WHO julkaisi ICD-11-tautiluokituksen. Lääkärilehti. [Viitattu 19.2.2020] Haettu osoitteesta: <https://www.laakarilehti.fi/ajassa/ajankohtaista/who-julkaisi-icd-11-tautiluokituksen/>
- Proctor, C., Maltby, J., & Linley, P. (2011). Strengths Use as a Predictor of Well-Being and Health-Related Quality of Life. *Journal of Happiness Studies*, 12(1), 153–169. doi:10.1007/s10902-009-9181-2

- Puustjärvi, A. (2017). Neuropsykiatriset häiriöt ja niiden vaikutus yksilön toimintakykyyn. Teoksessa Parikka, J., Halonen-Malliarakis, N. & Puustjärvi, A. *Vaikeudesta voimaksi: Neuropsykiatriset häiriöt ja niiden huomioiminen koulussa (1. painos.)* (s. 10–71). Helsinki: Finn Lectura.
- Puustjärvi, A., Virta, M. & Leppämäki, S. (2016). ADHD-hoidon kohdistaminen eri ikävaiheissa. [Viitattu 20.2.2020]. Haettu osoitteesta: <https://www.kaypahoito.fi/nix01781>
- Puustjärvi, A., Voutilainen, A. & Pihlakoski, L. (2018). Lapsen ADHD. Teoksessa Berggren, K. & Hämäläinen J. (toim.) *ADHD-käsikirja*. (s. 43–80). Jyväskylä: PS-kustannus.
- Puustjärvi, A., Voutilainen, A. & Pihlakoski, L. (2018). Mitä on ADHD? Teoksessa Berggren, K. & Hämäläinen J. (toim.) *ADHD-käsikirja*. (s. 13–42). Jyväskylä: PS-kustannus.
- Rafalovich, A. (2001). The conceptual history of attention deficit hyperactivity disorder: Idiocy, imbecility, encephalitis and the child deviant, 1877–1929. *Deviant Behavior*, 22(2), 93–115. <https://doi.org/10.1080/016396201750065009>
- Reiman-Möttönen, P., Kiura, E. & Mäkelä, M. (2014). Aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö (ADHD): Diagnosointi ja hoito, Hoidon organisointi, Potilaan osallistuminen – Järjestelmällinen kirjallisuuskatsaus. Arviointiseloste 1/2014. Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos.
- Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka A. (2009). Menetelmäopetuksen tietovaranto KvaliMOTV – kvalitatiivisten menetelmien verkko-oppikirja. Yhteiskuntatieteellisen tietoarkiston julkaisuja 2009. [Viitattu 15.5.2019]. Haettu osoitteesta: <https://www.fsd.uta.fi/fi/tietoarkisto/julkaisut/kvalimotv.pdf>
- Sajaniemi, N. & Mäkelä, J. (2015) Ihminen voi hyvin joukossa. Teoksessa Uusitalo-Malmivaara, L. (toim.) *Positiivisen psykologian voima* (s. 136–159). Jyväskylä: PS-kustannus.
- Salminen, A. (2011). Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyyppeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. Vaasan yliopetuksen julkaisuja. Opetusjulkaisuja 62. Julkisjohtaminen 4. [Viitattu 17.4.2019]. Haettu osoitteesta: https://www.univaasa.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-349-3.pdf
- Sandberg, E. (2018). ADHD ja oppimisen tuki – Huomioi yksilölliset tarpeet ja vahvuudet. Jyväskylä: PS-kustannus.
- Sandberg, E. (2016). ADHD perheessä - Opetus-, sosiaali- ja terveystoimen tukimuodot ja niiden koettu vaikutus. Helsingin yliopisto, Käyttäytymistieteellinen tiedekunta. Haettu osoitteesta: <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/161374/adhdperh.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- Sarlin, H-M. & Koivula, P. (2009). Opiskelun tuen järjestäminen käytännössä. Teoksessa Ikonen, O. & Krogerus, A. (toim.) *Ainutkertainen oppija – Erilaisuuden ymmärtäminen ja kohtaaminen*. Jyväskylä: PS-kustannus.
- Sayal, K., Owen, V., White, K., Merrell, C., Tymms, P., & Taylor, E. (2010). Impact of early school-based screening and intervention programs for ADHD on children's outcomes and access to services: Follow-up of a school-based trial at age 10 years. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 164(5), 462–469. doi:10.1001/archpediatrics.2010.40
- Scionti, N., Cavallero, M., Zogmaister, C., & Marzocchi, G. M. (2020). Is cognitive training effective for improving executive functions in preschoolers? A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Psychology*, 10 doi:10.3389/fpsyg.2019.02812
- Serenius-Sirve, S. & Kippola-Pääkkönen, A. (2012). Psykososiaaliset hoito- ja kuntoutusmuodot. Teoksessa Dufva, V. & Koivunen, M. (toim.) *ADHD: diagnosointi, hoito ja hyvä arki* (s. 95–113). Jyväskylä: PS-kustannus.
- Spira, E. G., & Fischel, J. E. (2005). The impact of preschool inattention, hyperactivity, and impulsivity on social and academic development: a review. *Journal of Child Psychology & Psychiatry*, 46(7), 755–773. doi: 10.1111/j.1469-7610.2005.01466.x
- Suhonen, E. (2008). Elämää lähiöpäiväkodin integroidussa erityisryhmässä. Teoksessa Kontu, E. & Suhonen, E. (toim.) *Erityispedagogiikka ja varhaislapsuus* (s. 47–56). Helsinki: Palmenia Helsinki University Press.
- Suominen, S. (2012). ADHD – sosiologinen näkökulma. Teoksessa Dufva, V. & Koivunen, M. (toim.) *ADHD: diagnosointi, hoito ja hyvä arki* (s. 65–75). Jyväskylä: PS-kustannus.
- Taylor, A.F., & Kuo, F. E. (2009). Children with attention deficits concentrate better after walk in the park. *Journal of Attention Disorders*, 12(5), 402–409. doi:10.1177/1087054708323000
- Timimi, S. ym. (2004). A critique of the international consensus statement on ADHD. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 7(1), 59–63. doi: 10.1023/B:CCFP.0000020192.49298.7a
- Tymms, P. & Merrell, C. (2006) The impact of screening and advice on inattentive, hyperactive and impulsive children, *European Journal of Special Needs Education*, 21(3), 321–337, doi: 10.1080/08856250600810856
- Varhaiskasvatuslaki 540/2018. [Viitattu 14.2.2020]. Haettu osoitteesta: <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2018/20180540>
- Viitala, R. (2018). Inklusio ja inklusiivinen varhaiskasvatus. Teoksessa Pihlaja, P. & Viitala, R. (toim.) *Varhaiserityiskasvatus* (s. 51–78). Jyväskylä: PS-kustannus.

- Viittala, K. (2008). Lapsuus ja erityinen tuki päivähoidossa. Teoksessa Kontu, E. & Suhonen, E. (toim.) *Erityispedagogiikka ja varhaislapsuus* (s. 9–34). Helsinki: Palmenia Helsinki University Press.
- Voutilainen, A. & Puustjärvi, A. (2014). Aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö. Teoksessa Haataja, L., Rantala, H. & Pihko, H. (toim.) *Lastenneurologia* (s. 71–82). Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Young S, & Amarasinghe JM. (2010). Practitioner review: non-pharmacological treatments for ADHD: a lifespan approach. *Journal of Child Psychology & Psychiatry*, 51(2), 116–133.